



PSICOLOGIA SOCIAL CRÍTICA: CONSIDERAÇÕES SOBRE OS PRESSUPOSTOS DA SAÚDE DIRECIONADOS PARA AS POPULAÇÕES INDÍGENAS NO BRASIL

PSICOLOGÍA SOCIAL CRÍTICA: CONSIDERACIONES SOBRE SUPUESTOS DE SALUD DIRIGIDOS A POBLACIONES INDÍGENAS EN BRASIL

CRITICAL SOCIAL PSYCHOLOGY: CONSIDERATIONS ON HEALTH ASSUMPTIONS AIMED AT INDIGENOUS POPULATIONS IN BRAZIL

Anne Campos Pereira¹
Danúbia Godinho Zanetti²

RESUMO: O presente trabalho tem por objetivo problematizar e refletir sobre as práticas da Psicologia brasileira direcionadas aos povos indígenas, com foco nas políticas públicas de saúde. Procura-se averiguar como ocorrem as práticas de assistência à saúde mental dessa parcela da população no Brasil, ancorados na perspectiva da Psicologia Social Crítica Latino-americana. A pesquisa conta com uma cartografia de redes de cidadãos indígenas de diferentes regiões do Brasil, coletadas a partir de perfis do Instagram relacionados às questões indígenas e por meio de seis entrevistadas realizadas com mulheres indígenas e analisadas sob um olhar crítico, em uma tentativa de delimitar as presenças e ausências da Psicologia perante as demandas de saúde mental das diferentes etnias do país. Temas referentes às subjetividades indígenas, à decolonialidade e ao compromisso social da Psicologia foram discutidos nesse estudo, visando um melhor entendimento das questões tratadas nesta pesquisa, assim como também foram apresentadas indagações e inferências que caibam na reflexão trazida ao longo do trabalho. Os principais resultados indicam que há uma negligência em relação aos aspectos relacionados à ancestralidade e à Floresta, dimensões valorizadas pelas diferentes nações indígenas para produção de saúde e adocimento.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental; Povos Indígenas; Psicologia Social Crítica.

RESUMEN: El presente trabajo tiene como objetivo problematizar y reflexionar sobre las prácticas de la Psicología brasileña dirigidas a los pueblos indígenas, con foco en las políticas de salud pública. El objetivo es investigar cómo ocurren las prácticas de atención a la salud mental para esta porción de la población en Brasil, ancladas en la perspectiva de la Psicología Social Crítica latinoamericana. La investigación se basa en una cartografía de redes de ciudadanos indígenas de diferentes regiones de Brasil, recopiladas de perfiles de Instagram relacionados con problemáticas indígenas y a través de seis entrevistas realizadas a mujeres indígenas y analizadas bajo una mirada crítica, en un intento de delimitar las presencias y ausencias de la Psicología ante las demandas subjetivas de salud mental de las diferentes etnias del país. En este estudio se discutieron temas relacionados con las subjetividades indígenas, la decolonialidad y el compromiso social de la Psicología, con el objetivo de una mejor comprensión de las cuestiones abordadas en esta investigación, así como preguntas e inferencias que encajan en la reflexión aportada a lo largo del trabajo. Los principales resultados indican que existe un descuido en relación a aspectos relacionados con la ascendencia y el Bosque, dimensiones valoradas por diferentes naciones indígenas para la producción de salud y enfermedad.

PALABRAS CLAVE: Salud Mental; Gente India; Psicología Social Crítica.

ABSTRACT: This study aims to problematize and reflect on the practices of Brazilian Psychology directed at indigenous peoples, with a focus on public health policies. The aim is to investigate how mental health care

¹ Psicóloga graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Realizou iniciação científica de setembro de 2021 a setembro de 2022, PIBIC-Fapemig - Projeto 2022/27989 - A SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO INDÍGENA BRASILEIRA: uma reflexão sobre o compromisso social da Psicologia, sob orientação da profa. Dra. Danúbia Godinho Zanetti. annecampos2001@gmail.com

² Psicóloga graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Doutora em Ciência Política pela Universidade Federal de Minas Gerais. Pós-Doutorado em andamento na área de Psicologia Política e Pautas Indígenas, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC Minas (PPGpsi Puc Minas). Atualmente, coordena o curso de Psicologia da PUC Minas *Campus* Betim e faz parte da equipe docente da Faculdade de Psicologia da PUC Minas. danubiazanetti@gmail.com

practices occur for this segment of the population in Brazil, anchored in the perspective of Latin American Critical Social Psychology. The research includes a mapping of networks of indigenous citizens from different regions of Brazil, collected from Instagram profiles related to indigenous issues and through six interviews with indigenous women and analyzed from a critical perspective, in an attempt to delimit the presence and absence of Psychology in the face of the subjective mental health demands of the different ethnic groups in the country. Themes related to indigenous subjectivities, decoloniality and the social commitment of Psychology were discussed in this study, aiming at a better understanding of the issues addressed in this research, as well as questions and inferences that fit into the reflection brought throughout the work were also presented. The main results indicate that there is a neglect in relation to aspects related to ancestry and the Forest, dimensions valued by different indigenous nations for the production of health and illness.

KEYWORDS: Mental Health; Indian People; Critical Social Psychology.

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa busca problematizar e refletir sobre as práticas da Psicologia brasileira direcionados aos povos indígenas, tendo como foco a execução de políticas públicas de saúde. Para tanto, como campo teórico foi selecionada as principais contribuições da Psicologia Social Crítica Latino-americana, buscando refletir sobre as práticas que visam maior contextualização dos territórios e emancipação dos sujeitos. A partir desse arcabouço teórico, buscou-se metodologicamente, analisar como as políticas públicas de saúde são ofertadas e a percepção de mulheres indígenas em relação aos cuidados de saúde mental. Essas percepções são oriundas das entrevistadas realizadas com seis mulheres indígenas e por meio da análise de perfis no Instagram sobre aspectos das nações indígenas, conforme será detalhado mais adiante no percurso metodológico. Procurar-se-á, ao fim deste trabalho, tecer considerações acerca das presenças e faltas (ausências) da Psicologia dentro do campo de assistência à saúde mental direcionadas às populações indígenas brasileiras.

Sob esta perspectiva, este estudo foi dividido em quatro partes: em primeiro lugar, faz-se necessária uma discussão sobre quais são e como se organizam histórica e socialmente as diferentes políticas públicas voltadas para a população indígena no Brasil, principalmente no que tange ao âmbito da saúde. Em segundo lugar, tomando como base proposições de uma Psicologia Decolonial, debatemos a necessidade de uma prática intercultural dentro do campo da saúde indígena. Em terceiro, explicitamos nosso percurso metodológico e os resultados aos quais chegamos no decorrer deste estudo. Por fim, serão apresentadas as considerações, indagações e reflexões que surgirem ao longo desta investigação, principalmente no que se refere à distância presente entre a proposta do compromisso social apresentada por Sílvia Lane e Ana Bock e o exercício dessa proposição.

Tendo isso em vista, colocamos, agora, em pauta um trajeto histórico e repleto de obstáculos pelo qual se deu a relação entre o governo brasileiro e a população indígena residente do país.

2 O CAMPO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E A SAÚDE INDÍGENA

Para que serve uma política pública? Essa é a primeira questão que devemos considerar quando nos propomos a destrinchar o cenário político brasileiro voltado para a população indígena. Para Saravia e Ferrarezi (2006), as políticas públicas podem ser definidas por “um fluxo de decisões públicas, orientado a manter o equilíbrio social ou a introduzir desequilíbrios destinados a modificar essa realidade” (Saravia; Ferrarezi, 2006, s/p). Anteriormente a essa definição, Teixeira (2002), ponderava a perspectiva de uma diretriz, ou seja, uma forma de mediação entre os atores da sociedade e do Estado. Sob essa ótica, e tendo em vista o caráter essencialmente institucional que permeia a construção de políticas públicas, podemos compreender sua origem nas demandas de tal sociedade, que aparecem conforme os processos culturais, históricos e políticos e de como estas se desenrolam e se apresentam ao Estado, recebendo, em retorno, uma ação ou omissão deste perante sua exposição.

Ao pensarmos na trajetória política brasileira no contexto indígena, não são muitos os exemplos de políticas públicas voltadas para a garantia dos direitos básicos desta população, principalmente quando pensamos na parcela urbana deste grupo no país. De maneira geral, o que percebemos é um maior número de políticas públicas voltadas apenas para pessoas que residem em Terras Indígenas, enquanto centenas de milhares de cidadãos indígenas do país se encontram em áreas urbanas e são impedidos de usufruir destas políticas (Guirau; Silva, 2013). Torna-se evidente, portanto, uma questão: se as políticas públicas têm, por caráter essencial, o objetivo de garantir um equilíbrio social para toda a população de um país, indaga-se o governo brasileiro tem desempenhado um papel eficiente na garantia de direitos das comunidades indígenas pertencentes a esse território?

A fim de nos apropriarmos deste questionamento, faremos agora uma retrospectiva das relações entre o Brasil e suas comunidades originárias, começando por algumas políticas que se destacaram no decorrer da história brasileira no contexto indígena. A criação do Serviço de Proteção ao Índio (SPI), um dos principais marcos desta história, foi efetuada em 1910. O SPI era o órgão responsável pela política de relações interétnicas entre os povos originários, com um intuito de pacificação, surgindo teoricamente como um dos primeiros marcos legais de proteção - conforme demonstra o próprio nome - para as comunidades nativas do país.

De acordo com Carvalho (2020), apesar da nobre intitulação, o que de fato se deu na prática foi a implementação do SPI como um aparato legal para a “civilização” destes povos: a realidade da atuação do SPI nas aldeias se constituía por um regime autoritário, no qual o Chefe de Posto - um não-indígena nomeado pela Diretoria do SPI - tutelava e impunha suas decisões sobre a comunidade determinada, infligindo punições - que, em muitas vezes, chegavam ao ponto de tortura física - conforme seu próprio senso de justiça. Sem embargo, é apenas em 1967, a partir de diversas denúncias e acusações referentes à atuação do SPI nas aldeias, que o Serviço de Proteção ao Índio é, enfim, extinto, sendo substituído (Brasil, 1967) pela criação da antiga Fundação Nacional do Índio (Funai). Este um órgão indigenista que também sofreu e ainda sofre inúmeras denúncias por sua atuação negligente e que recentemente teve seu nome alterado a partir da medida provisória Nº1154, de 1º de janeiro de 2023, do governo federal para Fundação Nacional dos Povos Indígenas (Carvalho, 2020).

A transição entre o fim do SPI e a implementação da Funai não representou, principalmente em seus primeiros anos, uma grande mudança na forma como o governo brasileiro tratava as pautas indígenas do país. No contexto em que a mudança se deu - início da Ditadura Militar e massacre de povos inteiros em suas aldeias - a ratificação do acordo entre o SPI e a Funai em 1967 referente à criação dos “centros de recuperação” de indígenas se deu como justificativa legal para a persistência do movimento tutelar e escravista do Estado para com os povos indígenas (Campos, 2017).

Para além disso, não foram raros os escândalos de corrupção ou negligência por parte da Funai em relação às pautas indígenas (Carvalho, 2020, Campos, 2017, Ramos 1991). Ressaltamos aqui alguns desses escândalos: desde a oferta de Bandeira de Melo das terras Nambiquara para as grandes agropecuárias do Brasil nos anos de 1970 até a venda de madeiras de lei em reservas indígenas sob a gestão de Romero Jucá no fim dos anos 1980 (Ramos, 1991). Ou mesmo a ausência de investimento financeiro por parte do órgão para a proteção dos povos indígenas durante a pandemia do coronavírus em 2021 (Mondardo, 2021).

Adotando uma perspectiva histórica de garantia de direitos, no que diz respeito à legislação brasileira, um dos primeiros dispositivos legais no tratamento das questões indígenas foi o Estatuto do Índio (Brasil, 1973). Conforme este,

aos índios e às comunidades indígenas se estende a proteção das leis do país, nos mesmos termos em que se aplicam aos demais brasileiros, resguardados os usos, costumes e tradições indígenas (Brasil, 1973).

Não obstante, neste Estatuto observa-se que uma generalização pejorativa do que pode ser considerado como indígena, manifestado a partir de uma série de termos rejeitados por comunidades nativas e antropólogos modernos (Venere, 2005), como “silvícola”, “grupos tribais” e a própria denominação de “índio”. Mesmo com uma visão limitada em relação às questões indígenas, este Estatuto foi um avanço em termos de legislação, de forma a ampliar o debate quanto a garantias de direitos. Neste tocante, a Constituição Federal de 1998 (CF/88) (Brasil, 1988) reconheceu e estendeu direitos sociais, políticos e civis aos povos indígenas, conforme detalhado no art. 231:

são reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens (Brasil, 1988).

Com a Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), houve um avanço no que se refere ao reconhecimento do território, à preservação do uso da língua, hábitos e costumes, bem como a adequação das políticas públicas para atendimento às necessidades específicas das populações indígenas. Também a partir da CF/88, chama-se a atenção para a saúde enquanto um direito de todos e dever do Estado, e nesta perspectiva, foi criado o subsistema de saúde indígena (Brasil, 1988). Diante disso, torna-se imprescindível que façamos um delineamento da trajetória da saúde indígena pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa) até o atual Subsistema de Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (Sus) brasileiro, sendo administrado pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai).

2.1 O “Índio Silvícola” e a Saúde no Brasil

Desde a criação da Fundação Nacional dos Povos Indígenas, em 1967 (Brasil, 1967), a responsabilidade pela saúde indígena dentro do âmbito público brasileiro foi assumida por diversos órgãos - até pela própria Funai, por meio de ações pontuais promovidas em cada delegacia regional. Somente em 1986, após a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, que o Estado ouviu lideranças indígenas do país e finalmente foi estabelecida a primeira proposta de criação de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) sob responsabilidade do Ministério da Saúde, em um contexto no

qual os princípios da universalidade e equidade já estavam sendo colocados em prática no âmbito da saúde pública brasileira (Santos, 2018).

Como mostrado acima, um dos principais marcos dessa trajetória é a criação do Sistema Único de Saúde (Sus) no Brasil, em 1990. É a partir deste momento, conforme o Boletim Informativo Especial da Funasa (2009), e mais especificamente da criação da Coordenação da Saúde do Índio (Cosai), em 1991, que foi descartado o modelo tutelar de atenção aos povos indígenas e formado um sistema organizado de ações de saúde indígena no Brasil pelo Sus - agora uma responsabilidade do Ministério da Saúde, e não mais da Funai. Foi, então, segundo a Portaria Interministerial dos Ministérios da Saúde e da Justiça nº 316, de 11 de abril de 1991, criado o primeiro DSEI, denominado Distrito Sanitário Yanomami.

Ainda em um período repleto de transformações por parte do governo brasileiro em relação à política de atenção à saúde indígena, e levando em conta as exigências delineadas pela sanção da Lei Nº 8080/90 (Brasil, 1990) em referência a todas as ações e serviços de saúde em território nacional, em 1992 foi criada a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (Cisi), a fim de realizar um assessoramento à coordenação de políticas públicas voltadas para a saúde indígena pelo Cosai (Brasil, 2002). Esta composta por membros dos Ministérios da Saúde e da Justiça, das universidades, organizações não-governamentais (ONGs) e por representantes indígenas. Apesar disso, e em direção contrária ao processo de construção da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena pelo Sus, foi revogado, em 1994, o aparato legal que estabelece a responsabilidade deste âmbito de saúde voltando-a para as mãos da Funai (Brasil, 2002). Tal decisão chegou a ser mantida por mais cinco anos, até que, em 1999, a partir da Lei Nº 9836/99, a saúde indígena voltou para as mãos do Ministério da Saúde e foi, enfim, estabelecido o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do Sus (Brasil, 1999), bem como a implementação dos 34 DSEIs atuais responsáveis pela atenção básica à saúde das comunidades indígenas do país. Por fim, somente em 2010 que a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) foi criada em vínculo com o Ministério da Saúde, sendo até hoje o órgão responsável pela organização e execução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnspi), bem como pela gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sas/Sus).

É importante frisar que cada DSEI tem sua organização voltada para um público etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, de modo a produzir ações técnicas específicas para cada um dos espaços atendidos. Apesar disso, a estrutura básica de atendimento nos DSEI conta com os mesmos pólos principais: os postos de saúde, os pólos-base e as Casas de Saúde Indígena (Casais) (Brasil, 1999).

A partir disso, a rede de serviços oferecida pelo DSEI tem como principal ponto a base de postos de saúde nas aldeias. Nesta, a atuação do Agente Indígena de Saúde (AIS) será vinculada aos postos, de maneira que estes possam oferecer trabalho médico itinerante nas aldeias, acompanhamento de gestantes, atendimento a casos frequentes de doenças, primeiros socorros, promoção e prevenção de saúde, acompanhamento de vacinação, entre outros (Brasil, 1999).

Enquanto a maior parte do trabalho do AIS se concentra na atenção básica da saúde, os polos-base do DSEI são a primeira referência em estratégias de saúde da família para este agente - são equivalentes às Unidades Básicas de Saúde. Levando isso em consideração, são localizados em uma aldeia ou município de referência para a região e contam com equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI). São definidos, no que lhe diz respeito, por duas classificações (Brasil, 1999): os polos-base I, responsáveis por serviços como capacitação e supervisão dos AIS, coleta de materiais para exames e investigação epidemiológica, e os polos-base II, responsáveis por serviços como armazenamentos de medicamentos, coleta, análise e sistematização de dados referentes às comunidades atendidas, planejamento das ações das equipes multidisciplinares etc.

Em casos de demandas mais complexas, que exijam resoluções para além do que os polos-base podem oferecer, o encaminhamento é realizado para uma rede de serviços especializados já vinculada previamente, que possuam sedes no próprio município ou na região próxima. Por fim, como facilitador de acesso da população indígena a este atendimento secundário ou terciário, existem as Casas de Saúde Indígenas (Casais), locais de apoio a essas comunidades que promovem ações de mecanismo de referência com a rede do SUS, como, por exemplo: serviços de tradução para indígenas que não falem português, articulação do retorno e acompanhamento de pacientes aos respectivos domicílios em caso de alta, fornecimento de alojamento e alimentação dos pacientes e seus acompanhantes durante o período de tratamento, entre outros (Brasil, 1999).

Tendo isso em vista, apesar de expormos uma versão bastante abreviada de todas as transformações históricas, políticas e sociais que acompanharam a trajetória da saúde indígena no âmbito das políticas públicas no Brasil, alguns pontos principais fazem-se aparentes neste percurso. É possível considerar, por exemplo, que, após décadas de ações por parte do governo brasileiro em referência a esta questão, é extraordinariamente recente a implementação de um órgão unicamente responsável pela saúde indígena. Até a criação da Sesai, em 2010, o trabalho voltado para este propósito era inteiramente realizado por setores pertencentes a órgãos ou instituições com objetivos particularmente mais amplos (Mendes *et al.*, 2018). E ape-

sar dos aspectos positivos trazidos pela implementação da Pnasp no Brasil, como, por exemplo, a chegada de serviços de atenção primária da saúde a aldeias e comunidades indígenas afastadas dos polos urbanos, ainda se apresenta como um desafio a melhor estruturação das políticas públicas voltadas para a saúde indígena no país.

Outro ponto que se mostra perceptível nessa trajetória é a ausência de pessoas indígenas tomando decisões voltadas para pessoas indígenas. Quando paramos para pensar sobre o manejo de políticas públicas no Brasil, e nas pessoas que regem o país como um todo, o que nos faz perceptível é a predominância de pessoas brancas em cargos de relevância política e social. Freyre (2001) explicita isso de maneira coerente quando pontua que uma das principais características da sociedade moderna é a persistência de uma exclusão sistemática de classes em prol da manutenção de um sistema de poder hegemônico branco - o que inclui a classe indígena.

Apresenta-se, então, a seguinte questão: é possível atender a demanda de um grupo étnico sem dar ouvidos a este grupo? E, indo além neste questionamento: será que há interesse por parte do governo brasileiro em atender as demandas das comunidades étnicas do país? Neste sentido, a recente criação do Ministério dos Povos Indígenas pelo atual presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva (Brasil, 2023), sob responsabilidade da ministra indígena Sônia Guajajara, se faz de imensa importância na luta pelos direitos dos povos originários. Se, mediante o exposto, o que percebemos é uma persistência da dificuldade do setor público brasileiro em ministrar uma gestão eficiente e voltada para as demandas da população indígena do país, principalmente no que diz respeito ao âmbito da saúde, consideramos de suma relevância que a pessoa agora responsável pela administração pública direta das pautas indígenas seja uma pessoa não-branca, pertencente a uma comunidade indígena.

Sob esta perspectiva, debateremos agora em nosso próximo tópico a necessidade de mudança do paradigma colonial que rege o governo brasileiro desde seus primórdios, refletindo sobre como uma perspectiva intercultural é essencial na atuação dos órgãos responsáveis pelas políticas públicas voltadas para a população indígena do país, tendo em vista o compromisso ético-político e social da Psicologia.

3 POR UMA PSICOLOGIA DA SAÚDE MAIS CRÍTICA: UM DIÁLOGO SOBRE A INTERCULTURALIDADE

Para estabelecermos uma conexão entre Políticas Públicas direcionadas às populações indígenas e Psicologia, optamos pelo debate institucionalista e social crítico. Quando pensa-

mos na teoria institucionalista de René Lourau (1975), podemos considerar que a ideia do *instituinte* é um processo e as *forças instituintes* são aquelas que transformam, revolucionam ou fundam as instituições, são as forças produtivas de códigos institucionais. Diante disso, o *instituído*, por sua vez, é o resultado da atividade instituinte: são as leis, normas e padrões que vigoram e regulam as atividades sociais.

Tendo isso em vista, partiremos, aqui, do princípio de que as políticas públicas são fruto de uma força instituinte que rege e configura os códigos institucionais. Isso as transforma, portanto, em um fenômeno de caráter instituído, de modo que o processo instituinte que as acompanha se dá por meio das transformações sociais e culturais vivenciadas dentro do meio em que são delineadas.

Olhando pela perspectiva do movimento institucional, trata-se de compreender a união entre o individual e o coletivo, e os impactos que essa união traz para a população atendida pelas políticas produzidas neste contexto. É neste sentido que concordamos com Santos (2006) quando este afirma a importância de que a garantia de direitos humanos à sociedade - o que engloba, definitivamente, a construção de políticas públicas - deva ser efetuada de maneira *intercultural*.

A interculturalidade é um termo que acompanha as discussões sociais já há algumas décadas. Apesar de já ter sido definida de diferentes maneiras ao longo dos anos, Lopez-Hurtado Queiroz (2007) dialoga bem sobre este conceito quando afirma que:

nestes 30 anos, desde que o termo foi acunhado na região, a aceitação da noção transcendeu o âmbito dos programas e projetos referidos aos indígenas e hoje um número importante de países, do México à Terra do Fogo, vêm nela uma possibilidade de transformar tanto a sociedade em seu conjunto como também os sistemas educativos nacionais, no sentido de uma articulação mais democrática das diferentes sociedades e povos que integram um determinado país. Desde este ponto de vista, a interculturalidade supõe agora também abertura diante das diferenças étnicas, culturais e linguísticas, aceitação positiva da diversidade, respeito mútuo, busca de consenso e, ao mesmo tempo, reconhecimento e aceitação do dissenso, e na atualidade, construção de novos modos de relação social e maior democracia (Lopez-Hurtado Queiroz, 2007, s/p).

No que tange à temática de garantia de direitos humanos, muito há a se discutir sobre a percepção do “índio” na saúde do Brasil. Tomemos como primeiro ponto de discussão a seguinte norma de vigoração do Subsistema de Saúde Indígena:

levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de

terras, educação sanitária e integração institucional (Lei 9836, Art. 19-F) (Brasil, 1990, s/p).

Conforme Mendes (2018), um dos principais desafios na atuação de equipes do Sub-sistema de Saúde Indígena é o comprometimento na qualidade dos serviços prestados devido à alta rotatividade de profissionais e a dificuldade em formação de vínculos entre estes e as comunidades atendidas. Em um contexto como este, a habituação de uma equipe que se organiza de tal modo às especificidades culturais de cada etnia torna-se quase impossível: afinal, como se apropriar de uma cultura na qual você não se insere por muito tempo?

É sob este olhar que concordamos com Sílvia Lane quando esta aponta o isolamento da branquitude perante as pautas de grupos étnicos não-brancos como uma das principais problemáticas no âmbito da saúde no Brasil. Tal como dito pela autora, consideramos plausível que o primeiro passo para a superação da “crise” na Psicologia latino-americana se dê por meio da superação da tradição colonial e biológica em se perceber o indivíduo. Quando Lane (1984, p.14) defende a necessidade de se considerar o ser humano como um ser socio-histórico, que “fala, pensa, aprende e ensina, transforma a natureza, [...] é cultura, é história”, enfatiza a importância de uma prática socialmente comprometida. Essa premissa também é corroborada por Bock (2007) que defende que a teoria e a prática deve ser vividas como militância, de modo que não é possível garantir direitos humanos a uma população a qual não verdadeiramente conhecemos.

O que vivemos, hoje, no âmbito das políticas públicas voltadas para a população indígena no Brasil, é uma constante tentativa de garantir direitos a povos que não são respeitados. Como colocado por Oliveira (2020):

Os indígenas vêm tentando ganhar espaço em um mundo que lhes foram roubados, tendo que se sujeitar a métodos e conceitos do colonizador para conseguir, assim, alcançar seus direitos, suas vozes, suas autonomias. Além disso, mesmo com todas as conquistas, até hoje, ainda é dissipado na sociedade [...] uma ideia homogeneizadora e preconceituosa. Colocando todos os indígenas como seres que andam nus, moram na floresta, caçam, não utilizam tecnologia, não trabalham e não estudam (Oliveira, 2020, p.54).

As reflexões de Ailton Krenak (2018) acerca desta conjectura se fazem, também, bastante pertinentes. Quando o autor diz não identificar uma verdadeira união entre os povos residentes do Brasil atual - brancos, negros e indígenas -, pensamos em como a falta da visibilidade social da figura indígena e a falta de conhecimento histórico, social e epistemológico por parte da população branca em relação às culturas originárias do país afeta negativamente a atuação dos profissionais da saúde mental frente às demandas desses povos.

Pensando na Psicologia, a necessidade de uma atuação decolonial, que olhe de maneira atenta para o diferente, é urgente. Uma das psicólogas mais potentes deste movimento, Geni Nuñez, aponta esta importância com precisão quando afirma que:

pensar colonialidade implica reconhecer que a colonização não incidiu apenas sobre o território geográfico, mas também sobre nosso território-corpo, em nossa forma de nos concebermos como sujeitos no mundo, em como nos relacionarmos conosco mesmos, com outros humanos e com todas as demais formas de existência (Nuñez, 2019, p.3).

Pensar de maneira decolonial não se constitui apenas em quebrar a lógica colonialista e eurocêntrica de percepção do sujeito, mas sim ir além: compreender que este sujeito vivencia uma relação direta com o que é colonial, de maneira política, social cultural, que afeta sua forma de existir e que precisa ser, também, ouvida no momento de assistência por um profissional da saúde.

Assim como debatido pela psicóloga Rejane Paféj Kanhgág (2021), há uma falha no campo de atuação da saúde mental atual em adequar o atendimento psicológico às demandas étnicas não brancas. Isso faz com que povos como, por exemplo, as nações Kaingang, grupo étnico no qual a autora está inserida, sejam assistidos a partir de uma visão europeia colonial, que analisa o comportamento indígena, a partir de um molde estigmatizado e tenta adequá-lo a uma cultura que não os compreende, o que acaba por ser mais um fator de adoecimento para o sujeito dentro da própria clínica de atendimento à saúde.

Por fim, é a partir deste trajeto teórico que se constrói nossa inquietação em relação ao que têm as pessoas indígenas do país a dizer sobre as questões supracitadas. Tendo isso em vista, discutiremos em nosso próximo tópico como se deu o percurso metodológico para a realização deste trabalho, bem como as dificuldades e perspectivas oferecidas por este.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Uma das primeiras questões que se fizeram presentes no planejamento deste trabalho foi a imprescindibilidade de se empreender um estudo que não caísse nos estereótipos comumente retratados pela tradição positivista de produção científica em se pesquisar um objeto “de longe”. Em outras palavras, urgia para nós que nos tornássemos participantes ativos desta investigação, em busca de uma compreensão das inquietações surgidas ao longo dessa pesquisa que se desse por meio de uma construção mútua entre pesquisador e objeto pesquisado.

A partir disso, o método de investigação a se fazer mais coerente para nossos objetivos foi a pesquisa qualitativa, uma vez que esta permite uma análise aprofundada dos temas que

almejam debater. Deste modo, pretendemos tecer considerações, inferências e reflexões sobre a saúde mental indígena no Brasil, bem como produzir conhecimento sem gerarmos generalizações referentes a estes grupos étnicos, contribuindo com a literatura que aborda o compromisso social da Psicologia em relação aos povos originários.

Como ferramenta de coleta de dados, nosso planejamento inicial consistia em realizarmos entrevistas semiestruturadas, orientadas por “certos questionamentos básicos apoiados em teorias e hipóteses que fundamentam a pesquisa, onde apenas algumas questões e tópicos são pré-determinados” (Da Nobrega Tomaz-Moreira *et al.*, 2007). Conforme delineamos em nosso projeto de pesquisa, nossa intenção primordial era que, com esta metodologia, fosse possível permitir aos participantes certa liberdade ao nos relatarem sua perspectiva, ao mesmo tempo que nos possibilitaria, como entrevistadoras, uma coordenação objetiva do tema da discussão.

Não obstante, tamanha foi nossa frustração ao nos depararmos com a dificuldade em encontrarmos participantes que pudessem nos aceder em serem entrevistados durante a realização deste trabalho. E aqui, descrevemos o sentimento como frustração, pois esta se faz inevitável quando nos colocamos frente aos obstáculos ante nossas expectativas.

Sem embargo, foi, a partir de copiosas discussões sobre qual solução poderíamos encontrar para a superação deste desafio sem um prejuízo na qualidade de nosso trabalho que optamos por empreender este percurso por meio de uma cartografia de redes. Quer dizer, delineamos, portanto, um planejamento de execução baseado na noção de cartografia de Deleuze e Guattari (1995), aplicando esta no contexto das redes sociais.

A cartografia se constitui como sentido de maneira diferente da lógica usual de investigação metodológica. Se, conforme proposto por Deleuze e Guattari (1996), os conceitos são linhas conectadas à multiplicidade do que é real - ou seja, estão fundidos a estratos, cadeias moleculares, linhas de fuga ou de ruptura ou círculos de convergência -, uma estrutura de metodologia deve colocar a pesquisa em conexão ao mundo e ao pesquisador, de modo a unir os campos da realidade, da subjetividade e da representação (Reis, 2019). É a partir deste sentido que a cartografia não se preocupa com um olhar neutro sobre seu objeto de estudo, mas sim se coloca em ação, acompanhando os processos envolvidos no percurso metodológico e participando como corpo que dança deste trajeto.

Em sua conhecida obra, *Mil Platôs*, Deleuze e Guattari (1980) trazem um dos principais conceitos para a construção de uma cartografia: o rizoma. Ao recorrerem a um saber botânico para construir um novo modelo de perspectiva sobre a realidade em que vivemos, os autores colocam a ideia de “rizoma” como um processo, uma ligação da multiplicidade por

ela mesma. Se, para a botânica, um rizoma é um sistema de caules horizontais, com um crescimento poliforme e sem direção definida, ocupando, por si, todo o território que se apresenta disponível, quando pensamos em um rizoma como forma de se pensar a multiplicidade em que se compõe a realidade, as noções de hierarquia e ordem não se aplicam com tanta facilidade a esta estrutura. É um processo, portanto, que é sempre atravessado por diferentes linhas de intensidade e nunca se fecha sobre si.

Sob esta ótica, a elaboração de uma cartografia não está centrada em definir previamente um caminho a ser seguido, ou um fim concreto a ser almejado, mas sim em “caminhar sem um caminho, fazer o caminho enquanto se caminha”, como bem colocado por Morin (2003, s/p). É um modelo metodológico que se constrói durante a própria relação com a pesquisa e o objeto de estudo, em constante atravessamento, de modo a investigar não apenas este objeto, mas também os processos que se abrem em torno dele e da própria pesquisa.

Neste sentido, tomamos como principal estratégia para a execução deste processo investigativo um mapeamento das redes sociais de diferentes figuras públicas pertencentes a etnias indígenas do Brasil, a fim de entrarmos em contato com o que têm a dizer estas pessoas sobre temas como a saúde mental, o acesso à saúde para comunidades indígenas no país, a experiência de existir enquanto pessoa não-branca em um país majoritariamente racista ou a produção de subjetividade pessoal como fenômeno impactado pelo contexto socio-histórico em que se insere em suas redes. Aqui, faz-se importante destacar que não temos como pretensão a exposição pessoal de nenhum possuinte das redes sociais analisadas, de modo que a preservação do sigilo ético sobre as informações obtidas se mantém como nossa prioridade durante a análise destas.

4.1 Resultados

Após o mapeamento de perfis de Instagram de diferentes figuras públicas pertencentes a etnias indígenas, incluindo pessoas pertencentes aos povos Guarani, Kahngág, Tuxá, Macuxi, Kariri, Krenak e Pataxó, bem como redes de movimentos políticos, artísticos e sociais de comunidades indígenas, três tópicos principais fizeram-se em destaque no que toca ao tema de nosso trabalho. Os perfis pesquisados não serão identificados para a preservação do sigilo previsto na pesquisa. Os temas selecionados para a análise versam sobre os conteúdos pesquisados nos perfis dos Instagram e a partir das seis entrevistas realizadas. Estes são: a amplitude da saúde mental e não obrigação da relação com o *setting* clínico tradicional e manuais diagnósticos; a falta de preparo dos profissionais de saúde brasileiros para com o que se apresenta

externo à branquitude e a dificuldade do acesso à saúde em aldeias. Tendo isso em vista, debateremos, a partir de agora, cada um destes temas mais aprofundadamente.

A fim de priorizarmos o sigilo ético necessário em uma investigação como esta, substituiremos os nomes reais citados em nosso trabalho por siglas que possam identificar cada uma destas pessoas sem que estas sejam expostas. Assim, foram entrevistadas 6 pessoas (P1, P2, P3, P4, P5 e P6, todas do sexo feminino).

Além de tais participantes, foram analisados também conteúdos de 28 outras figuras públicas que se enquadrassem no público alvo do trabalho, bem como páginas de movimentos sociais e políticos voltados para as questões indígenas, como, por exemplo, o movimento Levante Indígena e a Associação Brasileira de Psicologia e Povos Indígenas (ABIPSI).

4.1.1 A saúde mental para além da clínica um-a-um

Após a análise dos perfis mencionados, foi possível constatar que existe um gap entre a oferta de saúde e a compreensão sobre saúde das distintas nações indígenas. O Sus oferece um modelo de cuidado chancelado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), sob a gestão do Ministério da Saúde brasileiro. As práticas de saúde ofertadas são pautadas em protocolos direcionados para a população em geral, sem especificações claras sobre as etnias que coabitam o território brasileiro. Neste sentido, há a reprodução de uma saúde orientada por protocolos que adotam uma concepção ocidental de cuidado, a partir da medicina tradicional, como a utilização de exames clínicos e laboratoriais e medicamentos alopáticos. Apesar de o Sus ser descentralizado e dividido em três níveis de complexidade, constata-se a não incorporação das práticas de saúde dos povos tradicionais, como as nações indígenas. A Atenção Básica de Saúde, considerada porta de entrada das comunidades, também não operacionalizou a inclusão das ações de cuidados diferentes dos protocolos adotados até então, o que configura uma despersonalização da medicina indígena baseada na Floresta e na ancestralidade. Para além da saúde física também há a problematização dos cuidados ofertados em saúde mental, que são direcionados para um modelo clínico tradicional e sob a construção de um arcabouço teórico ocidental, baseados em autores clássicos norte-americanos ou europeus.

A partir do exposto acima, Rejane Paféj Kahngág (2021) em sua dissertação de mestrado demonstra que há uma falha no campo de atuação da saúde mental atual em adequar o atendimento psicológico às demandas étnicas não brancas. Isso faz com que povos como, por exemplo, as nações Kaingang, grupo étnico no qual a autora está inserida, sejam assistidos a

partir de uma visão europeia colonial, que analisa o comportamento indígena, a partir de um molde estigmatizado e tenta adequá-lo a uma cultura que não os compreende, o que acaba por ser mais um fator de adoecimento para o sujeito dentro da própria clínica de atendimento à saúde. Ao mencionar a despersonalização do cuidado em saúde mental, Rejane Paféj Kahngág (2021), chama a atenção para as consultas ofertadas no *setting* clínico terapêutico tradicional, de modo a encaixar os modelos de personalidade em estruturas psíquicas ou comportamentos que não condizem com o modo de viver das nações indígenas. Para a autora, a saúde mental indígena está baseada na ancestralidade e nas florestas, de modo que o bem-estar do corpo e da mente estão conectados com o território. Nesse sentido não há cisão entre corpo e território. Ambos são produtores de saúde, portanto, há uma defesa por uma Psicologia da Floresta ou de uma saúde baseada na Floresta.

Sob esta perspectiva, a preocupação do movimento indígena com pautas como as demarcações territoriais, o garimpo ilegal e a violência nas aldeias estão diretamente relacionadas ao seu modo de vida e sua saúde mental, uma vez que são questões intimamente articuladas aos processos de subjetivação que os permeiam. Um exemplo dos impactos desta agenda social é a característica peregrinação desempenhada por povos Maxacali em denúncia às condições socio-históricas que acompanham os povos indígenas do Brasil desde o período colonial até os dias de hoje. Como bem explicitado por uma das participantes do trabalho, é comum que um povo indígena se veja

cercado por fazendeiros que impedem a caça, os cultivos e o acesso de vários cursos d'água para consumo e realização de rituais. Isso traz insegurança alimentar constante para as comunidades, além da falta de saneamento básico que prejudica a saúde de todos (P3)

Se atualmente podemos considerar que existem efeitos diretos da insegurança alimentar sobre o aparecimento de transtornos mentais comuns (Sousa, 2019) na população brasileira, igualmente podemos compreender a necessidade de uma Psicologia que esteja comprometida com o desenvolvimento da qualidade de vida desta população. Pensando no contexto indígena e ao analisar as falas das entrevistadas, bem como os perfis de Instagram selecionados, concordamos com Geni Nuñez (2017) quando esta afirma que se torna impossível um acolhimento verdadeiramente humanizado para as demandas que podem surgir em um atendimento a um grupo socialmente negligenciado quando esta pontua que:

Em vez de contribuir para o reconhecimento e reparação dessas violências, diversos ramos da Psicologia optam historicamente por individualizar e culpabilizar o sujeito por toda a sua precariedade [...]. Se do ponto de vista da clínica, compreendemos que a escuta da trajetória de vida importa para melhor acolhermos o sofrimento psí-

quico, por que por vezes não estendemos esse cuidado à trajetória psicossocial sobre a qual nosso país se construiu? (Nuñez, 2017, p.8).

Neste sentido, as contribuições de P6 em suas redes sociais para o olhar da Psicologia sobre a realidade dos povos indígenas se fazem de imensurável importância para a compreensão do sujeito sócio-histórico. A partir de uma série de posts realizados pela ABIPSI no ano de 2022 sobre a importância dos cantos, comidas típicas, contos tradicionais e da exigência pelo desenvolvimento de políticas públicas que atendam os direitos de sua comunidade, a participante traz uma ótica ampliada dos componentes de subjetivação que atravessam as vivências do sujeito indígena, bem como de sua saúde mental.

Pensando nisso, trataremos agora de outro tema importante para a compreensão de como se dá a assistência à saúde indígena no país: a falta de acesso à saúde nas aldeias e o manejo dos profissionais de saúde para com estes grupos.

4.1.2 O acesso à saúde nas aldeias e a desvalorização do saber indígena no Brasil

Em relação às principais demandas da saúde dentro das aldeias brasileiras, não há estatísticas claras - principalmente devido à grande escassez de produções acadêmicas acerca deste tema (Batista; Zanello, 2016). Não obstante, de acordo com Oliveira e Neto (2003), os povos originários são os grupos étnicos com maior índice de suicídio em todo o planeta, e, focalizando a realidade brasileira, conforme corrobora Batista (2010):

foram identificadas algumas etnias em que o suicídio adota uma configuração epidêmica, sendo que a situação mais grave é encontrada na etnia Guarani Kaiowá e Nhandeva, localizados no Mato Grosso do Sul, que apresenta uma taxa 19 vezes mais alta que a taxa nacional e 10 vezes mais elevada que a taxa correspondente à população não indígena do mesmo estado (Funasa, 2010 *apud* Batista, 2010, p.23).

Diante disso, torna-se possível concluir que, perante um índice grave como o supracitado, o acesso à saúde - mental e física - neste âmbito deveria estar concretizado como uma pauta prioritária na elaboração de políticas públicas por parte do governo brasileiro. Apesar disso, o que ocorre na prática é uma persistência da ordem de descaso para com o sofrimento psíquico e físico de comunidades indígenas do país. Isso é explicitado quando ouvimos relatos de pessoas que habitam em aldeias, fora do alcance urbano, como por exemplo:

a dificuldade de acesso à profilaxia quando se vive em aldeias sem acesso ao saneamento básico por culpa do governo, onde a maior parte das pessoas nem português falam. Não há um movimento de agentes da saúde indo orientar e auxiliar no transporte emergencial na região que é terrível (P4)

Isto é, além de um problema logístico por parte da organização de políticas públicas que consigam atender às demandas dessas comunidades, mas também uma questão cultural e social que permeia o contato entre profissionais da saúde e pacientes neste contexto. Afinal, de que adianta um profissional que não consiga se comunicar com seu paciente?

É inegável que os impactos do período colonial do Brasil persistem até hoje no imaginário da população do país, seja ela branca, negra ou indígena. Ailton Krenak (2019) expõe isso de maneira excelente quando aponta não identificar uma verdadeira união entre os povos residentes do Brasil atual. A partir disso, faz-se perceptível, também, como a falta da visibilidade social da figura indígena e a falta de conhecimento histórico, social e epistemológico por parte da população branca em relação às culturas originárias do país afeta negativamente a atuação dos profissionais da saúde mental frente às demandas desses povos, tais como a conexão com a ancestralidade e com a floresta, bem como a valorização da cultura e hábitos promotores de saúde física e mental, propiciados pelas plantas medicinais, pelas palavras proferidas pelos guias espirituais e pela própria força emanada dos rios e outros elementos da natureza, conforme pontuado por Rejane Paféj Kahngág (2021).

Durante o empreendimento deste trabalho, não se contam poucos os relatos de pessoas indígenas que vivenciaram algum tipo de descaso ou preconceito em relação à sua subjetividade ao longo de atendimentos de saúde, conforme pode ser observado nas falas abaixo:

finalmente encontrei um médico nessa cidade que não é racista e pelo contrário, compreendeu absolutamente tudo que era cultural na criação do meu filho na consulta. O lado ruim: tive que pagar para ter acesso a um direito básico que é atendimento humano. [...] Estudantes de medicina: por favor, quebrem esse ciclo de ódio anti indígena na sua área. Sejam pacientes se não falarmos olhando nos olhos e com clareza, se nosso bebê está com miçangas e pintura. Respeitem se for mencionado algo cultural como um ritual ou alimentação. É o mínimo proporcionar dignidade para o seu paciente. Não precisa saber sobre as 305 etnias, mas ter tato e compreensão já ajuda muito. [...] 23 anos sem saber da existência de um profissional desses aqui. Psicólogo, então, é um terror à parte, acaba com a saúde física e mental se for ruim (P3)

Concordamos, portanto, com outra participante quando esta propõe, em uma *Live* do 11º Congresso Nacional da Psicologia:

um grito para chamar a atenção das psicologias ali presentes, para que efetivamente olhem e ouçam os povos indígenas, sem tentar nos encaixar em algo que já exista, mas que conheçam nossas identidades, nossas vivências, e, a partir daí, repensem essa ciência que até hoje não nos leva em consideração como sujeitos únicos e plurais (P1)

Urge, deste modo, um movimento de contracultura na Psicologia frente à ordem estabelecida, um movimento que decolonialize a produção colonial de olhares sobre o sujeito. Como bem pontuado por outra figura analisada em nosso percurso metodológico, “reconhecer, acolher e elaborar nossos desejos para além dos tabus da moral cristã é um exercício fundamental para uma relação mais saudável consigo e com os demais” (P2), de modo que:

é possível construir saúde no afastamento, desobediência e desencontro. Sustentar a afirmação da vida em sua complexidade é compreender que para muitas coisas não há origem nem destino, nem justiça transcendental, salvação ou condenação, e que, justamente por isso é que vale a pena viver (P2).

Segundo a mesma, a urgência de se rebelar contra a colonialidade faz-se importante até como modo de subjetivação, em um contexto no qual a implicação do sujeito como participante em sua relação com o sistema heteronormativo e permeado pela branquitude em seu entorno é fundamental para a quebra de tal conflito. Neste sentido, a participante propõe uma estratégia inversa ao ritmo desta onda cultural:

se precisamos de amparo, de afeto, colo, escuta e se não os temos na família cristã heteronormativa, que fortaleçamos nossas comunidades [...]. Fortalecer nossas comunidades e nossos territórios é muito mais poderoso que investirmos energia em nos humilharmos para quem nos odeia. É justamente quando nos fortalecemos que possivelmente somos vistos como pessoas (P2)

Não obstante, uma questão levantada por diversas pessoas que interagiram com a fala supracitada foi a resiliência exigida perante o desempenho de um movimento contracultural. Uma fala que explicita isso de maneira potente se dá pelo relato de experiência de uma professora em uma escola localizada em uma cidade pequena de Minas Gerais:

essa prática contracultural é essencial, mas pede do praticante muita saúde mental e segurança, esse é um terreno belicoso. Me mudei para uma cidadezinha do interior de Minas [...] e é um desafio enorme levantar estas bandeiras. Eu estou pronta para essa atuação na cidade, mas às vezes parece que a cidade não está pronta para alguém como eu, e as relações podem cair num lugar de abuso de autoridade, tentativas de silenciamento e assédio moral, mecanismos de exclusão social (P5).

Aqui, faz-se importante pontuar que foi perceptível em grande parte das narrativas obtidas um forte sentimento de desamparo por parte dos povos indígenas em relação à práxis psicológica no Brasil, particularmente quando relatam práticas que desconsideram o modo de vida das nações indígenas e a ligação entre corpo e território, enquanto dimensões conectadas e não separadas por estruturas psíquicas ou por comportamentos mensuráveis, conforme tam-

bém destacado por Rejane Paféj Kahngág (2021). Se, por um lado, Sílvia Lane (1984; 1999; 2000) influenciou gerações de psicólogas(os) em sua proposta do compromisso social da Psicologia, salientando a importância de uma prática profissional mais focalizada no contexto socio-histórico do Brasil, é ainda claro que as principais bases epistemológicas utilizadas nas grades curriculares de Psicologia vêm de figuras estrangeiras e comumente residentes da América do Norte ou da Europa, sendo inevitável que as consequências disso não envolvam uma formação mais familiarizada com a ótica colonial e, por consequência, afastada da realidade brasileira.

A partir disso, foi de imensurável relevância entender ao longo de nosso percurso metodológico os desafios relacionados à prática psicológica em nosso país e a oferta de cuidado em saúde mental ofertado aos povos indígenas. Essas reflexões apresentam um passo relevante para a ampliação dessa agenda de pesquisa na Psicologia e outras áreas de conhecimento que são transversais e interdisciplinares para a efetiva construção de práticas de saúde física e mental direcionadas para as populações indígenas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a análise dos dados obtidos durante a realização deste trabalho e a leitura e estudo constantes de autores que abordam este tema no âmbito científico, concordamos plenamente com o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (2019) quando este afirma que o trabalho do profissional da saúde mental deve abranger não apenas o fortalecimento das identidades e a promoção de autonomia, mas também apoiar os povos em luta em seus diversos percursos e facilitar os processos de diálogos e organização social. Faz-se cada vez mais clara a necessidade e a importância da participação dos profissionais da Psicologia brasileira na luta por garantias dos Direitos Humanos de todas as populações, bem como na exigência da construção de políticas públicas voltadas para a assistência dos diferentes grupos étnicos do país.

Por mais que as pautas indígenas estejam lentamente avançando em prol da garantia de seus direitos no decorrer das últimas décadas, ainda é persistente a marginalização destes povos ao senso comum brasileiro. Isto impacta não apenas a esfera social destas comunidades, mas também os âmbitos políticos e individuais, tornando-se insustentável a negligência com que a Psicologia tem tratado estes grupos étnicos ao longo de sua história, quando categoriza os sofrimentos e necessidades em estruturas psíquicas ou comportamentos sem levar em consideração as especificidades destes povos, e quando desconsidera a ancestralidade e

aspectos da natureza como produtores de saúde e adoecimento físico e mental, como bem pontuado por Rejane Paféj Kahngág (2021).

Se, conforme Campos et al (2013), a definição de saúde coletiva implica em mais do que apenas a ausência de doenças, e abrange tudo o que possa interferir na vitalidade do sujeito - seja o saneamento, as condições de trabalho, costumes, alimentação, moradia e até mesmo formas de governo, devemos compreender os impactos das múltiplas esferas de uma vida social, como a história, cultura, economia e contexto social da região e população em questão na saúde de alguém. Precisamos levar em conta que o atendimento à saúde, seja ele voltado para a saúde física ou mental, não se trata apenas de cuidar de uma pessoa doente, mas também de evitar que ela adoça.

É por esta razão que enfatizamos, aqui, a urgência de uma Psicologia Social Crítica e comprometida com a realidade das múltiplas culturas não brancas. Se tratamos de um grupo que até o ano de 2010 possuía por estatística um alto índice de suicídio, conforme descrito na pesquisa da Funasa (2010 *apud* Batista, 2010), como podemos ignorar os efeitos do contexto sócio-histórico em que estes se colocam em seus sofrimentos psíquicos? Propomos, ao contrário, um aldeamento e letramento da Psicologia, uma construção de novos olhares para além do pensamento eurocêntrico, heteronormativo e branco. Conhecer o sujeito indígena naquilo que lhe é subjetivo, e também naquilo que lhe garante qualidade de vida e dignidade. Propomos, portanto, acompanharmos o legado de Sílvia Lane e Ana Bock e promovermos uma Psicologia Social Crítica e comprometida com a saúde, a cultura e os contextos sócio-históricos do Brasil, lembrando-se sempre de um dos maiores bordões do movimento indigenista no país: O Brasil é terra indígena.

REFERÊNCIAS

BATISTA, MARIANNA QUEIRÓZ. **Saúde Mental Indígena: um desafio interdisciplinar**, 2010. (Graduação em Psicologia), Centro Universitário De Brasília – UniCEUB - Faculdade De Ciências Da Educação E Saúde – FACES – Brasília 2010.

BATISTA, Marianna Queiróz; ZANELLO, Valeska. Saúde mental em contextos indígenas: Escassez de pesquisas brasileiras, invisibilidade das diferenças. **Estudos de Psicologia (Natal)** [online], v. 21, n. 4, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160039>. Último acesso em 01 de outubro de 2024.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p.

BRASIL. Legislação: CF; Lei 5371. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>>

BRASIL. Legislação: CF; Lei 8080; LC 141. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>>

BRASIL. Legislação: CF; Lei 9836; LC 141. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>>

CANDAU, V. M. F. Diferenças culturais, interculturalidade e educação em direitos humanos. **Educação & Sociedade**, v. 33, n. Educ. Soc., 2012 33(118), jan. 2012.

CAMPOS, G. W. S. et al. **Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

DA SILVA, M. D. S. AVALIAÇÃO DA EFICIÊNCIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS: DOIS ESTUDOS DE CASOS NO BRASIL. **REGEN Revista De Gestão, Economia E Negócios**, 1(2), 2021. Recuperado de <https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/regen/article/view/5161>

DELEUZE, Gilles. Foucault (C. S. Martins, trad.). São Paulo: Brasiliense, 1988.

DELEUZE, Gilles. Empirismo e Subjetividade: ensaio sobre a natureza humana segundo Hume (L. B. L. Orlandi, trad.). São Paulo: **Editora 34**, 2001.

DELEUZE, Gilles. GUATTARI, Félix. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia (S. Rolnik, trad, v. 4). São Paulo: **Editora 34**, 1997.

FREYRE, Gilberto. **Casa-grande & senzala**. 42. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001

GARNELO, Luiza (Org.). Saúde Indígena: uma introdução ao tema. / Luiza Garnelo; Ana Lúcia Pontes (Org.). - Brasília: MEC-SECADI, 280 p. il. Color. (Coleção Educação para Todos) ISBN 978-85-7994-063-7, 2012.

GUIRAU, Kárine Michelle; SILVA, Carolina Rocha. Povos indígenas nos espaços urbanos e políticas públicas.

HALL, Stuart. New ethnicities. *In*: DONALD, James; RATTANSI, Ali (Orgs.). **Race, cultures and difference** London: Sage, p. 252-259, 1992.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. Saúde Indígena. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Sa%C3%BAde_Ind%C3%ADgena>. Acesso em: jul. 2022.

KRENAK, Ailton Alves Lacerda. **A Potência do Sujeito Coletivo**. Entrevista concedida a Jailson de Souza e Silva. Revista Periferias - Rua Teixeira Ribeiro, 535, Maré, Rio de Janeiro – RJ – Brasil, 2018. Disponível em <<http://revistaperiferias.org/materia/a-potencia-do-sujeito-coletivo-parte-i/?ided=23>>

L'ABBATE, S.. A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. Ciênc. saúde coletiva, 2003 8(1), 2003.

LANE, S. T. M. (1984a). **A Psicologia Social e uma nova concepção de homem para a Psicologia**. In S. T. M. Lane & W. Codo (Eds.), **Psicologia Social: O homem em movimento** (pp. 10-19). São Paulo, SP: Brasiliense.

LANE, S. T. M. Diálogos: Uma psicologia para transformar a sociedade. Entrevista dada a Mitsuko Antunes. **PSI Jornal de Psicologia**, São Paulo, 18(122), 4-6. 2000.

LANE, S. T. M. **Os fundamentos teóricos e conclusões**. In S. T. M. Lane & Y. Araújo (Eds.), **Arqueologia das emoções** (pp. 11-33, 119-120). Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

LOURAU, René. **A análise institucional** Editora Vozes, Petrópolis, 294pp.

LOPEZ-HURTADO QUIROZ, L.E. Trece claves para entender la interculturalidad en la educación latinoamericana. In: PRATS, E. (Coord.). **Multiculturalismo y educación para la equidad**. Barcelona: Octaedro-OEI, 2007. p. 13-44, 1975.

MENDES, Anapaula Martins et al. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública** [online], v.42, 2018. [Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.184>. Último acesso em 25 de set de 2024.

MILANEZ, F. et al.. Existência e Diferença: O Racismo Contra os Povos Indígenas. **Revista Direito e Práxis**, v. 10, n. Rev. Direito Práx., 2019 10(3), jul. 2019.

MONDARDO, M. Povos indígenas e comunidades tradicionais em tempos de pandemia da Covid-19 no Brasil: estratégias de luta e r-existência. **Finisterra**, 55(115), 81–88, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.18055/Finis20364>. Último acesso em 25 de set de 2024.

NÚÑES, G. Descolonização do pensamento psicológico. **Revista Plural**, 2, 7-11. Disponível em:

https://crpsc.org.br/public/images/boletins/crp-sc_plural-agosto%20Geni.pdf Último acesso em 01 de outubro de 2024.

OLIVEIRA, Elisa Faria de: **REPRESENTAÇÕES SOCIOCULTURAIS INDÍGENAS DIANTE O LIVRO A TERRA DOS MIL POVOS DE KAKA WERÁ JECUPÉ: lutas, resistências, estereótipos e concepções**, 2020. Monografia (Curso de Graduação em História), Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2020. Disponível em:

<https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/30134/4/Representa%C3%A7%C3%B5esSocioculturaisInd%C3%ADgenas.pdf>. Último acesso em 25 de set de 2024.

OLIVEIRA, Cleane S. de; NETO, Francisco Lotufo. Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. **Rev. Psiqu. Clín.** 30 (1):4-10, 2003. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rpc/a/QcV3FfkbyhfWqShx8VpGzLd/?format=pdf&lang=pt>. . Último acesso em 01 de outubro de 2024.

OZÓRIO, L.. A interculturalidade e seus inúmeros começos comunitários. **Psicologia & Sociedade**, v. 17, n. Psicol. Soc., 2005 17(3), set. 2005.

SANTIAGO, F.. Branquitude e creche: inquietações de um pesquisador branco. **Educar em Revista**, v. 35, n. Educ. rev., 2019 35(76), jul. 2019.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 23, n. 6, 2018, [Acessado 4 Julho 2022, pp. 1729-1736. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>>. ISSN 1678-4561.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>.

SARAVIA, E. Introdução à teoria da política pública. In: SARAVIA, E; FERRAREZI, E (Orgs). **Políticas Públicas**. Brasília: ENAP, 2006, v. 1, p. 21-42.

SOUSA, S. Q. DE . et al.. Associação entre risco de transtornos mentais comuns e insegurança alimentar entre mães com filhos menores de um ano de idade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1925–1934, maio 2019.

TEIXEIRA, E. C. O Papel das Políticas Públicas no Desenvolvimento Local e na Transformação da Realidade. **Revista da AATR-BA**. 2002. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a_pdf/03_aatr_pp_papel.pdf. Acesso em: 25 out. 2022.